LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Clinique médicale : Phlébite variqueuse ; phlébites multiples purpura ; embolie pulmonaire ; endo-péricardite infectieuse probable ; guérison par le Dr Handjian. — Note sur l'influenza, par le Dr Ch. Tisné. — **Bibliographie** : De l'acromégalie (Maladie de P. Marie) par le Dr Zouza-Leite. — Les médecins normands de la Seine-Inférieure (du XIIe au XIXe siècle), par le D. Jules Roger. — **Revue de la presse** : De la dysphonie nerveuse chronique. — M. le Dr Brissaud. — **Académie de médecine** : Séance du 10 juin 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin. — **Académie des sciences** : Séance du 2 juin. — Présidence de M. Hermite. — **Société de chirurgie** : Séance du 11 juin 1890. — Présidence de M. Nicaise. — **Société médicale des hôpitaux**, Séance du 6 juin. — Présidence de M. Dumontpallier : Du traitement de la pleurésie purulente. — **Société médicale du 7e arrondissement**, Séance du 22 avril 1890. — Présidence de M. Berger. — **Memento pratique** : Baume du Pérou dans les affections du larynx et du poumon. — Traitement abortif de la blennorrhagie. — **Nouvelles.** — **Nécrologie.** — **Bulletin bibliographique.** — Traitement de la maladie de Bright.

CLINIQUE MÉDICALE

Phlébite variqueuse; phlébites multiples; purpura; embolie pulmonaire; endo-péricardite infectieuse probable; guérison (1).

par le Dr Handjian, de Saint-Vrain (S.-et-O.).

Le 19 décembre 1889, je fus appelé auprès d'un cultivateur de Saint-Vrain (S.-et-O.), homme de 55 ans, alité depuis une huitaine de jours.

Cet homme, très robuste, était depuis longtemps porteur de grosses varices, qui le gênaient beaucoup, mais ne l'avaient jamais arrêté dans son travail. Il y a huit jours, il dut faire une longue marche avec des sabots. Depuis, la marche et la station debout sont rendues impossibles par le fait d'une tuméfaction douloureuse, occupant le membre inférieur gauche. Au dire du malade, la douleur et le gonflement ont débuté derrière la malléole interne, et ont gagné de là les parties supérieures du membre en suivant le trajet de la saphène interne.

Quand je vois le malade, le membre tout entier est considérablement augmenté de volume. La peau est lisse, rouge, tendue, avec des marbrures violettes. Le moindre attouchement éveille une vive douleur. Les veines superficielles forment de gros cordons durs, très douloureux à la pression. Le maximum de la douleur provoquée est au mollet dans l'interstice des jumeaux.

On ne retrouve, au pied ni à la jambe, aucune trace d'écorchure ayant pu servir de porte d'entrée à une infection. L'état général du malade est du reste assez bon, l'appétit simplement diminué, le sommeil supprimé par la douleur. Je prescris le repos absolu au lit, l'élévation du membre, les onctions mercurielles.

Le 28 décembre, on vient me chercher à la hâte, parce que le malade a des étouffements. Ces jours derniers il a ressenti à plusieurs reprises de petits frissons. J'apprends du reste qu'il s'est levé à plusieurs reprises, malgré ma défense.

La tuméfaction du membre a encore augmenté, et a envahi toute la cuisse. La peau est tendue à l'extrême, luisante, uniformément rouge, avec des taches ecchymotiques presque noires. La saillie formée par la saphène interne acquiert sur quelques points les dimensions d'un œuf de pigeon. La sous-tégumenteuse abdominale du côté gauche forme un cordon dur et douloureux. La température est à 38°5. La langue est saburrale La respiration est gênée. A l'auscultation on n'entend que quelques râles sous-crépitants localisés à la base droite. A ce moment, je n'entends rien au cœur.

Jusqu'au 9 janvier l'état du malade ne subit pas de modifications appréciables. A noter seulement quelques petits frissons et de nouvelles crises d'étouffements.

Du 9 au 10 janvier, il se produit une éruption de purpura des plus remarquables, au ventre, à la cuisse droite, au pli inguino-scrotal, sur la main gauche, au bras droit, surtout au niveau du pli du coude. En même temps le malade ressent de vives douleurs dans le bras droit ; la main droite, le poignet, l'avant-bras, deviennent bientôt le siège d'une tuméfaction douloureuse, avec état rouge et luisant de la peau, élévation de la température locale.

Le 11 janvier, avec un confrère appelé en consultation, nous constatons : 1° l'existence d'une phlébite multiple occupant les veines du membre inférieur gauche et du membre supérieur droit ; 2° une éruption de purpura ; 3° l'existence à la base du poumon droit d'une zone peu étendue où la percussion donne de la submatité, et où l'auscultation révèle de nombreux râles sous-crépitants ; 4° la présence à la base du cœur d'un souffle rude, systolique, ne se propageant pas dans les vaisseaux du cou, siégeant sous le sternum, un peu au-dessous et en dedans du foyer de l'orifice aortique, et qui nous a semblé être un frottement — souffle, d'origine péricardique ; à la pointe du cœur, des battements étouffés, précipités, mais sans bruit adventice ni modification du rythme ; en somme

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

l'existence d'une endo-péricardite probable. La fièvre était médiocre (38°, 38° 5) ; l'état général s'était sensiblement aggravé. Le malade souffrait en outre d'un début de stomatite mercurielle. — Il n'y avait pas d'albuminurie.

Nous suspendons les frictions mercurielles, et, en face de ces accidents infectieux, nous décidons de recourir à l'acide salicylique (4 et 6 grammes en potion), aux toniques et à l'alcool à haute dose, en portant du du reste un pronostic absolument fâcheux.

Depuis, les frissons ne se sont pas renouvelés. Au bout d'une huitaine de jours, les taches de purpura ont commencé à pâlir pour disparaître peu à peu complètement. Les membres atteints, après avoir commencé à diminuer de volume, ont été pendant plusieurs semaines le siège d'alternatives de tuméfaction et de révolution. Aujourd'hui (8 février) le pied gauche et la main droite sont encore le siège d'un empâtement diffus. Le souffle péricardique a disparu après l'application de deux vésicatoires. La température est tombée ; le malade s'est remis à manger, et l'on peut prévoir son prochain rétablissement.

Note sur l'influenza,

par le Dr Ch. Tisné.

Médecin à l'hôpital N.-D. de Bon-Secours (1).

En prenant la parole, au sujet de l'épidémie qui a tant éprouvé la population parisienne et qui finit à peine, je n'ai pas la prétention de vous présenter l'histoire complète de cette maladie si intéressante, encore moins celle d'élucider sa nature. J'ai voulu simplement vous exposer les faits que j'ai pu observer, tant dans ma clientèle qu'à l'hôpital ; de plus en portant cette question à l'ordre du jour de notre Société, j'avais pour but de fournir à chacun de nos collègues l'occasion d'exposer les réflexions inspirées par ses propres observations et d'augmenter ainsi le nombre des documents capables d'éclairer la nature de cette curieuse épidémie.

I

Surpris en pleine santé, tantôt par un frisson unique d'intensité et de longueur très variables, tantôt par une série de petits frissons, le malade était bientôt obligé de s'arrêter, en proie à un mal de tête très vif ; en même temps se montrait une courbature généralisée.

Au moment de notre premier examen, nous trouvions le patient très affaissé, accusant une céphalalgie frontale toujours croissante, en même temps qu'une douleur à la nuque, douleur spontanée, mais exagérée par la pression et par les mouvements de la tête. A cette sensation s'ajoutait, le plus souvent, une douleur oculaire d'un caractère tout particulier. Non seulement, comme l'a signalé M. Gillet de Grandmont (*Soc. médecine pratique*, 16 janv. 90) les contractions des muscles moteurs de l'œil étaient douloureuses, mais il existait en plus une sensation des plus pénibles siégeant dans le globe oculaire lui-même. Il semblait aux malades que l'œil était remplacé par un corps dur et sensible, sur lequel la pression la plus légère provoquait une très vive douleur.

La courbature généralisée de début s'accusait rapidement de plus en plus, et bientôt était remplacée par des douleurs musculaires très pénibles, occupant le tronc et les membres, et aussi par des douleurs franchement articulaires. Ces dernières affectaient peut-être d'une façon plus précoce les membres supérieurs, mais se montraient tout aussi souvent aux membres inférieurs. Quant à la douleur des genoux, signalée comme caractérisque de la dengue, nous l'avons trouvée, à des degrés divers d'intensité, dans plus du tiers des faits, soumis à notre observation et dans plusieurs cas, cette douleur présentait un caractère prédominant. Chez un petit nombre de nos malades nous avons constaté une douleur spéciale signalée par quelques auteurs, et en particulier par Sokoloff (*Semaine médicale*, 26 décemb. 1889). Cette douleur qui rappelle, à l'intensité près bien entendu, celle de l'angine de poitrine, consiste en une constriction angoissante, en ceinture, siégeant à la région moyenne du thorax et présentant son maximum au niveau de la région précordiale.

Le facies du malade, toujours le même, était tellement caractéristique qu'il suffisait à lui seul pour établir le diagnostic. La figure était le siège d'une rougeur scarlatiniforme s'étendant toujours au cou, et bien souvent à la portion supérieure du thorax. Les conjonctives présentaient une injection très intense, rarement accompagnée de larmoiement : c'est dans ces derniers cas seulement que j'ai noté l'existence d'un coryza concomitant.

La température que nous avons prise un grand nombre de fois à l'hôpital, variait dans la plupart des observations entre 39° et 39°5 ; dans plusieurs cas cependant, elle atteignit 40° et même 40°6. J'ajouterai que les faits où cette température élevée a été notée, sont ceux où la maladie s'est accompagnée d'une éruption scarlatiniforme généralisée. Le nombre des pulsations variait de 100 à 130 ; ce dernier chiffre n'a guère été atteint que chez les enfants.

Dans les neuf dixièmes des faits que nous avons suivis, l'examen de la poitrine, pratiqué avec le soin le plus minutieux, nous a permis de constater l'intégrité absolue de l'appareil broncho-pulmonaire. Cette intégrité coïncidait cependant chez un certain nombre de malades avec une toux sèche, déchirante et revenant par quintes, qui rappelait les quintes de coqueluche ; ces quintes étaient précédées par une sensation de chaleur et de picotement siégeant soit au niveau du larynx, soit au niveau de la portion moyenne du sternum.

L'inappétence, qui avait été un des symptômes de l'invasion du mal, persistait s'accompagnant de dégoût

(1) Communication faite à la Société médicale du VIIe arrondissement.

pour toute alimentation et de constipation. L'haleine était fétide et la langue recouverte d'un enduit saburral jaunâtre, d'une épaisseur extrême. L'examen du pharynx permettait de constater une rougeur diffuse occupant le voile du palais, les piliers, les amygdales et la paroi postérieure, rougeur lie de vin rappelant l'énanthème de la scarlatine.

Vers la fin du deuxième jour, ou au plus tard le troisième, une détente très notable se produisait : la céphalalgie et surtout les douleurs articulaires cédaient, la fièvre tombait brusquement, mais un nouveau symptôme appelait l'attention des malades. A la sécheresse si pénible de la peau, succédait une crise sudorale en général assez peu abondante ; dans quelques cas cependant les sueurs ont été à ce point profuses qu'il a été nécessaire de changer les malades plusieurs fois dans l'espace de quelques heures. Cette transpiration avait une odeur fétide et nauséabonde ; cette odeur, signalée déjà par M. Jasiewich (*Jour. médecine de Paris*, 26 janv. 90) rappelle l'odeur pénétrante des sueurs des rhumatisants. Même dans les cas où cette crise a été la plus abondante, je n'ai jamais constaté d'éruption sudorale.

Dès le quatrième jour, du moins dans l'immense majorité des cas, tous les phénomènes aigus avaient disparu et la convalescence était franchement établie.

Cette convalescence mérite, par ses caractères, d'arrêter un instant notre attention. Cette période, à durée mal déterminée, dans les cas que nous avons étudiés, a varié de deux à sept semaines. Pendant cette phase de la maladie, deux faits dominaient la scène : un affaissement physique et moral extrême, et une inappétence absolue, coïncidant avec la persistance de l'état saburral de la langue.

Cet affaissement, plusieurs de nos malades le comparaient à la faiblesse, si prononcée et si persistante, qui caractérise la convalescence de la fièvre typhoïde. Au début de cette période, les malades marchaient à grand'peine, traînant les pieds sur le sol sans pouvoir les soulever. Puis au bout de quelques jours, alors que les forces commencent cependant à revenir, la moindre marche, le moindre effort musculaire entraîne une fatigue extrême et s'accompagne de sueurs abondantes. Cette faiblesse musculaire, M. Gaudichier (*Soc. médecine pratique*, janvier 1890) croit pouvoir l'attribuer à des phénomènes de compression dus à la congestion des enveloppes médullaires, et M. Gautrelet (*Soc. Méd. prat, ibid.*) voit la confirmation de cette hypothèse dans la présence de l'indican qu'il a rencontrée dans nombre de cas d'influenza.

En même temps que cette fatigue physique, nos convalescents accusaient un affaissement intellectuel très pénible qui leur rendait tout travail impossible ou tout au moins très difficile : même au bout de quelques jours, une lecture un peu longue, une conversation légèrement animée, suffisaient à ramener la fatigue et même à occasionner de nouveaux maux de tête.

L'inappétence a été, dans nombre de cas, plus tenace encore que la fatigue : alors que les malades avaient déjà assez de force pour faire un peu d'exercice, l'alimentation était encore pour eux un acte de raison et non un plaisir. Cependant, même dans ces cas, la répulsion invincible de début n'a jamais persisté au-delà de la période fébrile de la maladie ou des premiers jours de la convalescence.

Un troisième fait, qu'il est à notre avis, très important de signaler, et sur lequel nos malades ont presque tous attiré notre attention, c'est leur extrême impressionnabilité au froid. Même par une température douce, et bien que parfaitement couverts, ils étaient péniblement impressionnés par l'air extérieur : et, sans doute aussi parce qu'ils étaient obligés de marcher lentement, ils se refroidissaient avec une facilité et une rapidité extrême.

II

Tel a été le tableau de ce que j'appellerais volontiers, si cette dénomination n'était par trop prétentieuse, les cas types de la maladie. En effet la description que je viens de tracer d'après ce que j'ai observé, nous la retrouvons dans la plupart des relations publiées et ayant trait à l'influenza étudiée tant en France (Grasset, Heydenreich, Duchateau, etc..), qu'à l'étranger (Worosoff, Gaston Dupré, Leyden, Ranvers). Mais, hâtons-nous d'ajouter que, pour avoir été de beaucoup le plus fréquent, ce mode symptomatolique n'a pas été le seul. J'ai, à dessein, laissé de côté dans le tableau symptomatologique que je viens d'exquisser, un phénomène important, surtout au point de vue du diagnostic, pour y revenir ici : je veux parler des éruptions. En effet ces éruptions, scarlatiformes ou rubéoliques, ont été un des symptômes les plus rarement observés, peut être parce que, au début du moins, on les recherchait peu. Pour mon compte j'ai pu constater dans onze cas une éruption scarlatiniforme généralisée et des plus nettes ; j'ai reçu à l'hôpital deux malades qui m'avaient été envoyés avec le diagnostic scarlatine et qui n'étaient que des influenzés à éruption généralisée. A vrai dire ce nombre est très minime relativement au total des cas que j'ai suivis : je me hâte d'ajouter que le plus grand nombre de mes malades présentait à la face, au cou et sur la portion supérieure thorax l'érythème scarlatiniforme signalé plus haut. Du reste dans certains milieux, l'éruption a été un fait presque constant, tels sont les faits observés par notre excellent maître M. le Dr Bucquoy à Sainte-Barbe et par notre savant collègue M. Gingeot au collège d'Arcueil ; dans ces deux établissements la presque totalité des malades se présentaient à l'infirmerie avec des éruptions généralisées. Le même fait nous a été rapporté pour un pensionnat de jeunes filles où 40 malades, 35 eurent au début une éruption généralisée. Chez plusieurs de ces dernières, comme chez un de nos malades de l'hôpital, à l'éruption primitive s'en est ajoutée une

seconde survenue à un intervalle de plusieurs jours, et annoncée par une reprise de fièvre.

Quant aux caractères de cette éruption, ils ont été, dans presque tous les cas, ceux de la scarlatine, deux fois seulement nous avons eu a noter ceux de la rougeole. Chez le plus grand nombre de nos malades l'éruption s'accompagnait d'un prurit assez pénible ; mais dans deux cas, et bien que l'aspect fût celui de la scarlatine, ce prurit a été remplacé par des démangeaisons intolérables comme celles de l'urticaire.

Le début brusque par un ou plusieurs frissons survenus en pleine santé, a été le seul que nous ayons pu étudier chez nos malades, mais il en est un autre signalé par nombre d'auteurs (Sokoloff, Ranvers), et qui se serait présenté surtout chez les sujets débilités pour l'âge ou la maladie. Dans les faits étudiés par ces observateurs, le frisson, qui marquait le point de départ des accidents aigus, avait été précédé d'uue période prodromique caractérisée par la fatigue facile et un malaise indéfinissable.

Quelque variés qu'aient pu être les accidents qui ont marqué le début du mal chez les divers sujets qui ont été frappés, il nous a semblé que l'évolution ultérieure avait toujours présenté les mêmes caractères. Toutefois la localisation prédominante dans les premières heures de la maladie a servi à distinguer plusieurs formes de l'influenza. A vrai dire, tous les systèmes de l'organisme ont pu être pris isolément ou simultanément donnant aussi, au début de cette curieuse affection, une sorte de masque protéiforme des plus intéressants au point de vue de sa pathogénie. Il semble d'ailleurs très rationnel d'accepter ici l'hypothèse admise par Nothnagel à propos des complications ; dans l'organisme infecté par le microbe, encore inconnu, de l'influenza, la résistance de chacun des organes est variable et la prédominance symptomatologique de tel ou tel appareil ne serait que le fait du locus minoris resistentiæ. Quoi qu'il en soit de l'interprétation, trois formes principales de l'influenza ont été décrites : la forme gastro-intestinale, la forme nerveuse et la forme pulmonaire. Après la forme dont nous avons donné la description détaillée et que nous avons observée 290 fois sur 347 cas, la plus fréquente a été la forme gastro-intestinale, nous l'avons rencontrée 27 fois. Chez ces malades, le début était caractérisé tantôt par des vomissements bilieux et par une intolérance gastrique absolue, tantôt par une diarrhée très abondante : dans deux cas cette diarrhée présenta l'aspect sanguinolent des selles dysentériques.

Après la forme gastro-intestinale, vient la forme pulmonaire. Comme dans la précédente, l'évolution de la maladie différait peu du type en quelque sorte normal que nous avons décrit, mais le début était marqué par des symptômes broncho-pulmonaires très accusés. Dans 15 cas, ces phénomènes se sont arrêtés à la congestion bronchique, et se présentaient pour la plupart chez des malades atteints d'emphysème, d'asthme ou sujets à contracter facilement des rhumes. Dans la clinique qu'il a consacrée à ce sujet, M. le professeur Peter signale un cas, observé, si je ne me trompe, avec notre maître M. Ferrand, dans lequel le début fut marqué par une véritable crise de catarrhe suffoquant. J'ai eu moi-même l'occasion d'assister à un fait analogue et dans lequel en quelques minutes l'asphyxie était arrivée à son summum.

Une dernière forme est la forme nerveuse dont les modalités ont été des plus variées. Les convulsions qui, chez l'enfant, ont pu faire penser aux affections les plus graves (2 cas) ; les vertiges (2 cas) ; le délire a été chez six de nos malades le symptôme initial de la maladie ; enfin les syncopes; ce fait, nous ne l'avons observé que deux fois; mais il nous a été rapporté qu'il a été le mode constant du début au collège des Jésuites de Cantorbéry et dans ce collège, au moment de son licenciement, 60 élèves seulement purent être renvoyés dans leurs familles, tous les autres étaient alités.

III

Les complications de l'influenza ont été tellement nombreuses que je n'ai pas la prétention de les énumérer toutes : je me bornerai à signaler celles que j'ai étudiées chez mes malades.

Bien que les complications broncho-pulmonaires aient été celles que j'aie eu l'occasion d'observer le moins souvent, je les cite les premières à raison de leur nombre pendant l'épidémie et aussi de leur gravité puisqu'elles ont, à peu près à elles seules, élevé, dans une énorme proportion, le chiffre de la mortalité. Laissant de côté les bronchites du début, je n'ai observé, chez mes malades, que deux cas de pneumonie. Toutes deux ont présenté une série de phénomènes communs et différents de ceux de la pneumonie franche. C'est d'abord la facilité avec laquelle elles se sont développées sous l'influence d'une impression de froid insignifiante ; puis l'intervalle qui a séparé le frisson initial du moment où ont été constatés les râles crépitants, intervalle qui, dans les deux cas, a été de trois jours pleins ; la marche envahissante qui s'est faite dans les deux cas avec une rapidité extrême ; enfin, comme nombre d'autres observateurs, nous avons constaté l'absence constante de crachats rouillés.

Quant à la pleurésie qui a été signalée comme très fréquente, surtout par les médecins du Val-de-Grâce, je n'en ai soigné qu'un seul cas.

Nombreuses ont été aussi les complications du côté de l'appareil cardio-vasculaire. Le cœur, lorsqu'il était malade auparavant, a subi violemment les effets du mal, et dans un cas nous avons vu en quelques heures se dérouler des accidents asystoliques rapidement mortels. Toutefois, même lorsqu'il était indemne, cet organe n'était pas à l'abri des atteintes de l'influenza. Chez un de nos malades, porteur, il est vrai, de rhumatisme déformant, mais sans lésion cardiaque, nous avons vu se développer, en dehors de toute poussée aiguë articu-

laire, une endocardite très caractérisée. Le myocarde, lui aussi, a été souvent atteint. Il faut citer d'abord les phénomènes purement nerveux dont il a été le siège, phénomènes caractérisés par de l'asthénie cardiaque et qui ont compliqué gravement nombre de pneumonies. A côté de ces faits, il est des cas de myocardite vraie. J'ai été appelé au dernier moment auprès d'un de nos confrères soigné par M. le professeur Potain, et qui a succombé en quelques jours à une myocardite attribuée uniquement à l'influenza.

Viennent ensuite les hémorrhagies, les épistaxis en général peu abondantes, mais qui, dans un cas ont nécessité le tamponnement. Une fois la convalescence a été entravée par une hématémèse. Les hématuries ont été signalées par Leyden et notre confrère et ami M. Malécot en a étudié un cas où nulle autre cause ne pouvait être incriminée.

Les métrorrhagies méritent, par leur fréquence, une place à part. Dans un très grand nombre de faits, les troubles menstruels ont été un des signes initiaux de l'influenza : tantôt les règles étaient avancées de plusieurs jours, tantôt les règles, finies depuis quelques jours seulement, apparaissaient de nouveau, tantôt enfin, il s'agissait de véritables ménorrhagies. Ces faits ont été assez fréquents pour rentrer presque dans la description des cas types; mais les hémorrhagies ont été assez peu abondantes pour ne pas constituer de vraies complications. Il n'en a pas toujours été de même. Dans plusieurs cas, nous avons été appelés au cours de l'influenza pour des métrorrhagies sérieuses et dans un cas j'ai dû faire le tamponnement.

(*A suivre*).

BIBLIOGRAPHIE

De l'acromégalie (Maladie de P. Marie), par Souza-Leite, docteur en médecine des Facultés de Paris et de Bahia, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, etc., avec 102 fig. intercalées dans le texte. (Paris, Lecrosnier et Babé, 1890.)

L'histoire de l'acromégalie est due à peu près entièrement aux travaux de M. P. Marie, qui avait d'abord étudié cette maladie dans le service du professeur Charcot. On ne s'étonnera donc pas que l'auteur, à l'exemple de M. Verstraeten de Gand, lui ait donné le nom de celui qui a le plus contribué à faire connaître la maladie en question. C'est également dans le service de M. Charcot que M. Souza-Leite a observé l'acromégalie et en a suivi l'évolution, et il a consigné dans son travail inaugural une description classique de la maladie et des documents nouveaux. Cette singulière maladie se traduit par des caractères que l'auteur range sous quatre chefs. C'est d'abord l'épaississement des mains qui deviennent de véritables battoirs, les membres cependant conservent à peu près leur volume normal. C'est ensuite la face qui devient difforme, qui s'allonge, par le fait d'un prognathisme très marqué des mâchoires; la lèvre inférieure s'épaissit, devient lippue, le lobule du nez s'hypertrophie, les arcades orbitaires deviennent saillantes, les paupières s'épaississent, la peau, surtout celle des paupières se pigmente, tel est le faciès acromégalique. Les déformations atteignent le tronc, il se produit une cyphose cervico-dorsale très marquée, une scoliose, une proéminence des extrémités des côtes et du sternum qui donnent à l'individu une double gibbosité. Enfin les malades se plaignent de céphalées, de douleurs plus ou moins vives dans diverses parties du corps, de l'augmentation de la soif et de l'appétit, des troubles de la vue, les femmes ont de l'aménorrhée. Tels sont en gros les caractères extérieurs de l'acromégalique. Mais il existe encore un certain nombre de symptômes très importants à connaître et que relève le travail de l'auteur, car leur connaissance trouve son utilité dans le diagnostic. Au début, l'évolution est souvent très rapide, au point que la maladie arrive à sa période d'état en deux ans; mais arrivée à cette période, l'acromégalie offre une marche très lente dont la monotomie peut être interrompue par des recrudescences, les malades meurent dans la cachexie ou par les progrès de lésions cérébrales. L'acromégalie possède en effet des lésions propres qui en font une maladie spéciale. La lésion la plus constante est l'augmentation parfois énorme de l'hypophyse. Cette hypertrophie monstrueuse du corps pituitaire équivaut à la présence d'une tumeur de la base du cerveau, et en a toutes les conséquences : compression cérébrale des organes cérébraux, de la vision surtout. L'anatomie pathologique signale encore l'hypertrophie des ganglions et des cordons nerveux du grand sympathique, la persistance du thymus, des lésions du corps thyroïde, du cœur et des vaisseaux. Consécutivement à l'altération du corps pituitaire, il se produit des modifications correspondantes du squelette, la selle turcique est agrandie, mais on constate encore des déformations osseuses dont on trouvera des exemples dans de magnifiques figures qui valent les meilleures descriptions.

Quelle est la cause de cette maladie qui débute insidieusement dans l'adolescence ou l'âge mur? On a bien constaté dans les antécédents des chagrins, le refroidissement, le rhumatisme, la syphilis : il est plus sage d'avouer, avec M. Marie et M. Souza-Leite, qu'on ne sait rien de précis sur l'étiologie de cette maladie. On peut en dire à peu près autant sur la nature de cette maladie que M. Marie range parmi les dystrophies dépendant de certaines lésions du système nerveux.

Jusqu'à M. Marie on avait bien observé des cas d'acromégalie, mais on les avait confondus avec les affections connues les plus diverses qui s'en rapprochaient. Aussi le diagnostic avec ces dernières maladies présente-t-il un grand intérêt, c'est ce qu'a parfaitement compris M. Souza-Leite qui entre, dans le chapitre du diagnostic, dans des développements très importants et très complets qui achèvent de mettre en lumière l'autonomie de

la maladie en question. De nombreuses observations relatées avec beaucoup de détails complètent cette remarquable monographie qui est enrichie par de très belles figures obtenues par des procédés photographiques,

L. JUMON.

Les médecins normands de la Seine-Inférieure (du XII^e^ au XIX^e^ siècle), par le D^r^ Jules ROGER (du Havre). Ouvrage orné de cinq portraits et du sigillum du Collège des médecins de Rouen. 1 vol., gr. in-8°, 366 pages. Paris, Steinheil, 1890.

« Perpétuer le souvenir des hommes qui ont été utiles à l'humanité, c'est tout à la fois acquitter une dette de reconnaissance et faire une bonne action. » — Telle est la pensée exprimée par notre sympathique et savant confrère, le D^r^ Jules Roger (du Havre), dans son Introduction à l'Histoire des médecins normands, que le lecteur éprouvera un véritable plaisir à lire et à méditer.

Comme le fait observer l'auteur, entreprendre une aussi longue histoire peut être une tâche laborieuse, mais non ingrate, car elle fortifie l'âme, éveille en elle une légitime fierté au contact de ces hommes qui donnèrent l'exemple des plus grands dévouements. Elle console enfin des déboires professionnels en montrant à tous que la science, pour être ardue, n'exclut ni l'humeur, ni la gaieté, encore moins le culte des muses.

De Blainville, Brière de Boismont, Guy de la Brosse, Follin, Foville, Guersant, Horteloup, Marie, Leudet, Lemery, Pocquet, Pouchet, Vingtrinier, Vigné, tels sont les noms les plus illustres parmi ceux que l'auteur fait passer sous nos yeux, et autour desquels il n'est que juste de « sonner les cloches à toute volée ». — Encore faut-il ajouter à cette liste plus de cent autres confrères, moins connus sinon moins méritants, qui figurent dans cette longue et consciencieuse nomenclature.

Comme on en pourra juger par la préface, le D^r^ Roger est tout à la fois un causeur charmant, modeste et pourtant plein d'ambition, puisqu'il se propose d'entreprendre une autre année, si Dieu lui prête vie, la biographie des médecins du Calvados, de la Manche, de l'Orne et de l'Eure dont les noms figurent en appendice de son ouvrage avec la mention des dates de naissances et des décès.

Signaler les noms illustres des maîtres déjà cités et promettre au lecteur qu'il trouvera dans ces pages attrayantes un historique exact et complet de ces devanciers destinés à passer à la postérité, nous dispense, ce semble, d'entrer dans le détail de ces existences suffisamment connues. — En regard de celles-ci, que de noms oubliés injustement !

Rappeler les noms, les talents, les mérites, voire même les défauts de ces hommes menacés de tomber dans l'oubli, tel est l'objectif de l'auteur au plan duquel nous resterons fidèle.

Et d'abord que dire de ces trois premiers confrères des temps primitifs : Geoffroy d'Eu, Mathieu (de Caudebec) et Michel Cornet exerçant aux XIII^e^ et XIV^e^ siècles leur art, l'un à Amiens, l'autre à Montivilliers, sinon qu'ils firent le bien, qu'ils introduisirent à l'Hôtel-Dieu d'Amiens les Augustines et donnèrent aux lépreux leurs soins assidus. — Remarquons en passant que jusqu'au XV^e^ siècle la plupart des médecins, soumis au célibat, étaient admis à la prêtrise, à l'exception de quelques-uns parmi lesquels Guillaume (d'Auge), Canu (de Dieppe), Desjardins père de onze enfants, professeur d'humanités au Collège du cardinal Lemoine, très versé dans la littérature grecque dont il exigeait la connaissance approfondie de ses élèves, enfin de quelques médecins calvinistes parmi lesquels Gueroult et Béthencourt qui, dans son traité de 1527, fait dériver la syphilis de la colère céleste, d'influences astrales, de la corruption de la semence, etc...

Arrivons au XVI^e^ siècle : voici Gueroult (de Rouen), maître ès sciences, docteur régent, versificateur et chansonnier dont, prétend-on, Lafontaine se serait inspiré dans ses animaux malades de la peste. — Citons encore à la même époque : Gui de la Brosse, Pecquet (Jean) et Lemery (Nicolas). Le premier botaniste et épicurien, ami de Richelieu, ennemi de Guy Patin, mourut, dit on, d'un flux de ventre d'avoir trop mangé de melon et bu trop de vin. D'où naquit la haine de Guy Patin ? Celui-ci nous l'apprend dans les termes suivants : Il refusa la saignée ajoutant que c'était le remède des pédants sanguinaires... mais le diable le saignera en l'autre monde comme mérite un fourbe, un athée, un imposteur, un homicide, etc. (*ô tempora ! ô mores !*)

Le second, Jean Pecquet (de Dieppe), élève de Montpellier dont l'esprit vif et curieux l'amena, étant encore étudiant, à reconnaître dans la veine cave d'un gros chien une poche de suc lactescent invisible ailleurs que dans ce gros vaisseau, eut pour adversaire Riolan, ce qui ne l'empêcha pas d'arriver en 1666 à l'Académie des sciences. Enfin Nicolas Lemery (de Rouen), médecin et chimiste dont Fontenelle a pu dire : Il ne connaissait que la chambre de ses malades, son cabinet, son laboratoire et l'Académie... Comme tant d'autres, Lemery eut aussi de violents détracteurs parmi lesquels Spon auquel il adressa de vertes réponses.

Mais aussi quel contraste avec J.-B. Vigné, né à Rouen au siècle dernier (1771) et mort en 1842, dont le caractère doux, affable, conciliant et l'humanité légendaire n'eurent d'égal que sa sensibilité telle que « trop ému en face des opérations chirurgicales, il dut, en dépit de ses vastes connaissances anatomiques, se livrer exclusivement à la pratique médicale. »

Propagateur de la vaccination, Vigné fut en outre et par goût naturel, philosophe et poète : témoin des stances à la Bienfaisance, publiées en 1813, qui réflètent son esprit et dont la vente rapporta 4.000 fr. à la caisse des bureaux de bienfaisance. Couché sur son lit de douleur, Vigné adressa aux confrères qui l'assistaient, plusieurs strophes parmi lesquelles la suivante :

Amitié, que tes lois,
Que tes nœuds ont de charmes,
Que d'ennuis et d'alarmes
Fait cesser à la fois
Le doux son de ta voix etc.

Pouvons-nous passer sous silence le nom de Blainville, comédien assez dévoyé, compositeur et poète jusque à l'âge de 27 ans, époque à laquelle le hasard l'amène par hasard au collège de France où une leçon de Cuvier le transforme, l'enthousiasme et en fait l'homme que l'on sait.

Elève, puis émule et parfois adversaire du Cuvier auquel il succéda dans la chaire d'anatomie comparée, de Blainville fut toujours pénétré du sentiment de la justice. Très serviable, il groupait chaque mois quelques amis à sa table. La philosophie, la politique, la religion, ces éternels sujets de dispute étaient l'objet habituel de leurs entretiens. Il donnait l'exemple de la plus entière liberté. Le 1er mai 1850, de Blainville tombait subitement frappé d'apoplexie foudroyante.

Plus près de nous, le Dr J. Roger nous retrace les conquêtes humanitaires du D Blanche, élève de Pinel et comme lui défenseur du système de la liberté et de l'isolement des aliénés, puis les patientes, généreuses et persévérantes revendications du Dr Vingtrinier, médecin et apôtre des prisonniers, adversaire, lui aussi, du système cellulaire, fondateur de maisons de préventions, qui laissa un nombre considérable de notices biographiques sur ses contemporains. Enfin, les remarquables études de Brière de Boismont, né à Rouen en 1797, mort à Saint-Mandé en 1881. Visiteur assidu de tous les établissements d'aliénés d'Europe, B. de Boismont porta son attention sur les folies épidémiques, la folie suicide, la tristesse, etc. Aussi bien dans ses écrits que dans sa vie privée, dans ses actes que dans ses travaux, Brière de Boismont, philosophe et croyant, prouva, par des faits irrécusables, les terribles ravages causés dans la société par le doute, le scepticisme, l'amour de soi et des biens matériels opposés aux croyances religieuses, à la résignation, à l'amour du sol, seuls capables de chasser le désespoir et l'idée de la mort.

Pour clore cette liste déjà longue, rappelons encore les noms de Pouchet, le savant naturaliste, ennemi déclaré des théories mal défendues, de Guersant, de Marie, ancien chirurgien de marine, aussi jovial que désintéressé, d'Horteloup, Bottentuit, Follin et Leudet dont les noms se passent de commentaires. Et maintenant que conclure après avoir parcouru quelques-unes de ces pages si bien senties, sinon que la vie des confrères normands, dont nous entretient le Dr Roger, est d'une lecture sérieuse, attachante et toujours instructive, enfin que cette étude si consciencieuse est avant tout un récit fidèle, simple et sans phrase.

Dr. H. Dauchez.

REVUE DE LA PRESSE

De la dysphonie nerveuse chronique. — M. le Dr Brissaud décrit sous ce nom, dans les *Archives de laryngologie*, certains troubles laryngés caractérisés par une manière d'être anormale de la voix, presque toujours liée aux névroses et relevant directement d'une prédisposition névropathique le plus souvent héréditaire. Ce stigmate du nervosisme n'est pas toujours le même chez tous les sujets. Chez l'un c'est l'enrouement qui domine, chez l'autre c'est le voile, chez un autre encore on remarque le caractère eunuchoïde de la voix, tel autre enfin aura une voix de fausset enrouée. Ce trouble dysphonique persiste toute la vie; il n'est nullement lié à une affection chronique du larynx. En même temps les sujets chez lesquels on observe cette disposition présentent le plus souvent ou du nervosisme, ou la neurasthénie ou la maladie des tics; rarement on observe l'hystérie vraie. Mais ce qui est ici très caractéristique, c'est que ce trouble phonateur n'existe que dans la voix parlée. Ces sujets peuvent chanter et même dans certains cas prêcher sans difficulté. Examinés dans quelques cas au laryngoscope, ils ont présenté seulement une légère parésie d'une des cordes vocales.

A l'inverse de ce qui se passe chez les névropathes aphones et en particulier chez les hystériques, le trouble vocal est permanent. Les malades s'en occupent peu pour eux-mêmes; ce sont ceux qui les écoutent qui remarquent leur voix de *rogomme, avinée, enrouée*. Comment maintenant expliquer le retour de la voix à l'état normal pendant l'acte du chant. C'est que le chant n'est pas un acte automatique comme la parole, mais un acte raisonné et en quelque sorte discipliné. M. Brissaud compare alors cette dysphonie nerveuse à ce qui se passe dans le bégaiement. La plupart des bègues peuvent chanter correctement sans que les auditeurs se doutent de leur infirmité. Ils peuvent réciter correctement un sermon appris par cœur; de même, en vertu d'un mécanisme analogue chez le dysphonique, le chant ou la récitation d'un sermon appris par cœur supprime l'automatisme fonctionnel. On peut encore comparer ce mécanisme à ce qui se passe dans l'astasie-abasie, cette affection qui consiste dans la perte de la fonction de la marche automatique, tandis que les mouvements des membres inférieurs les plus compliqués sont parfaitement conservés. En résumé, les dysphoniques ont perdu la fonction automatique du larynx tandis qu'ils peuvent, en chantant, exiger et obtenir de leur glotte vocale des actes musculaires relativement compliqués. La dysphonie est donc surtout un trouble d'accommodation des muscles du larynx dans les actes automatiques de la phonation. Il est inutile d'ajouter qu'elle n'est justiciable d'aucun traitement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juin 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

Laparotomie dans un cas de rétrécissement du bassin. —

Le Dr Thévard, de Savigny-sur-Braye (Loir et-Cher) présente une malade chez laquelle il a été amené à faire la laparotomie dans des conditions toutes particulières. Cette femme était en mal d'enfant depuis six heures du matin, avec de vigoureuses coliques expulsives, lorsque je fus appelé près d'elle par la sage-femme à 4 heures du soir. Les vomissements étaient continuels, cependant la malade ne se plaignait que de douleurs dans le ventre. Il y avait un rétrécissement considérable et je crus trouver une rupture de l'utérus. Le Dr Deneux, appelé en consultation, conseilla la version, qui ne put être menée à bien. Je fis alors la laparotomie sans autre instrument que ma trousse, sans fil à ligature, sans autre antiseptique que l'eau-de-vie que ces paysans fabriquent eux-mêmes. Le fœtus était bien dans le péritoine, cependant il n'y avait pas de rupture de l'utérus, mais rupture des insertions vaginales sur tout le pourtour du col et c'est par là que le fœtus avait pénétré dans la cavité péritonéale. Pour faire les sutures je dus me contenter de fil ordinaire trempé dans l'eau-de-vie et j'appliquai par dessus la plaie quelques bandelettes de diachylon. La malade non chloroformée ne se plaignit nullement pendant toute l'opération. Malgré les conditions très défavorables dans lesquelles cette opération a été faite, la malade a complètement guéri, elle est actuellement au soixantième jour.

Cholécystectomie dans le traitement des fistules biliaires rebelles. — M. P. Michaux. L'extirpation de la vésicule biliaire pour les fistules biliaires rebelles n'avait été pratiquée qu'une seule fois par Langenbuch lorsque j'ai communiqué, au Congrès français de chirurgie en 1889, la première observation d'extirpation de la vésicule faite en France. Il s'agissait d'une femme de trente-deux ans, qui souffrait, depuis sept ans, d'une fistule biliaire qui avait résisté à tous les traitements. La cholécystectomie fut pratiquée le 19 février 1889 et, trois mois après, la malade quittait l'hôpital sans avoir eu d'autres accidents qu'un léger phlegmon au niveau d'un fil traversant le pédicule, qui avait été fixé dans l'angle supérieur de l'incision abdominale, et un écoulement de bile très abondant survenu au trente-quatrième jour et qui ne se reproduisit plus.

Au mois de décembre dernier, j'ai observé à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Léon Labbé, un homme âgé de vingt six ans, qui souffrait depuis 1881 d'accidents hépatiques; en 1884, une tumeur biliaire avait commencé à se former, elle avait été ouverte en 1887 et consécutivement il s'était établi une fistule, qui ne donnait issue qu'à du liquide muco-purulent, dans lequel on ne constata jamais la présence de principes biliaires. Le diagnostic de fistule biliaire fut néanmoins posé en raison des antécédents et de l'examen local; les matières étant colorées, il était évident que le canal cholédoque était perméable et, dans ces conditions, je pratiquai la cholécystectomie avec l'aide de MM. Peyrot et Schwartz. La portion intrapariétale de la fistule fut d'abord excisée, puis je pratiquai l'extirpation de la vésicule qui était petite, rétractée sous le foie et contenait trois calculs de la dimension d'une petite olive.

Le pédicule fut lié à la soie et rentré dans la cavité abdominale. Les suites en furent simples; pendant quelques jours il y eut un peu d'élévation de la température et d'oppression, mais le ventre resta souple et, au bout d'un mois, le malade était absolument guéri.

Au point de vue opératoire, je recommande l'incision sur le bord externe du muscle droit, l'excision séparée du trajet fistuleux, la ligature du pédicule avec un fil de soie modérément serré, pour éviter le sectionnement des parois enflammées de la vésicule, et autant que possible, la rentrée du pédicule dans la cavité péritonéale.

La cholécystectomie n'a pas été jusqu'ici une opération grave; la mortalité opératoire, sur un total de 37 observations précises, ne dépasse pas 5, 6 0/0, la mortalité brute, sur 35 observations, est de 11 0/0.

Appliquée à la cure des fistules biliaires rebelles, l'extirpation de la vésicule est, à mon avis, une excellente opération.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la 2e division (chirurgie).

Pour la première place, au premier tour de scrutin, sur 65 votants, majorité 33, M. Lanelongue (de Bordeaux) est nommé par 48 voix contre 6 données à M. Pamard (d'Avignon), 5 à M. Dezanneau (d'Angers), 3 à M. Duplouy (de Rochefort) et 3 bulletins blancs.

Pour la seconde place, au premier tour de scrutin sur 61 votants, majorité 31, M. Duplouy, de Rochefort, obtient 26 voix, M. Pamard, 24, M. Dezanneau, 7, M. Demons, 2, M. Queirel, 1.

Il est procédé à un second tour de scrutin. Sur 54 votants, majorité 28, M. Pamard est élu par 28 voix contre 19 données à M. Duplouy et 6 à M. Dezanneau.

Mécanisme des accidents de la chloroformisation. — M. Laborde étudie d'abord les rapports de l'expérimentation et de la physiologie avec la clinique. L'expérimentation et la physiologie appliquées à la pathologie ne sont pas que des hypothèses, comme l'a dit M. Verneuil. Les expérimentateurs dans leurs laboratoires partent au contraire de la pathologie et de la clinique

Dans la chloroformisation, il peut y avoir des accidents avant l'anesthésie, par exemple la syncope. La clinique n'a pas pu décrire les causes de cet accident, ni en tirer aucune indication thérapeutique, tandis que les physiologistes ont au contraire pu l'étudier à loisir.

La deuxième question est celle-ci : Le lapin n'est pas un malade et on ne peut conclure du lapin à l'homme. Mais en quoi les divers organes qui prennent part à la syncope diffèrent-ils chez l'homme et chez le lapin ? Le lapin, dit-on, n'est pas un malade, mais la maladie chez l'homme ne peut constituer qu'une cause adjuvante au mécanisme observé chez le lapin.

Quelles sont, dit M. Verneuil, les expériences de laboratoire qui donnent la raison de la mort par le chloroforme et qui peuvent nous fournir des moyens curatifs de ces accidents? Deux conditions essentielles et tout à fait différentes se produisent dans le cours de la chloroformisation. D'abord l'action purement irritative mécanique du chloroforme, puis l'action toxique.

Pour l'action initiale des vapeurs irritantes du chloroforme soumis à l'inhalation, il s'agit d'un phénomène d'arrêt du pneumogastrique et des nerfs respiratoires, c'est la syncope cardiaque qui prédomine et qui est la principale cause du danger, beaucoup plus que la syncope respiratoire Le noyau cardiaque et les fibres motrices qu'ils portent semblent être plus facilement frappés que le centre respiratoire lui-même.

Immédiatement après la période dans laquelle on présente aux malades les vapeurs de chloroforme, vient la période dans laquelle ces vapeurs pénètrent dans l'économie. A la suite vient la période réelle de la chloroformi-

ation proprement dite qui se manifeste par des phénomènes psychiques et par des phénomènes du côté du cœur t du cerveau.

Plus tard le chloroforme, par son imprégnation de toute économie, en particulier des éléments nerveux, produit les phénomènes toxiques. C'est un fait habituel que orsque la mort survient les mouvements respiratoires essent de se produire alors que le cœur continue à battre.

Il y a une troisième alternative c'est celle dans laquelle e malade paraissant complètement chloroformé, le chirurgien commence l'opération et le malade meurt. Ici encore l y a un arrêt syncopal du côté du cœur, c'est un réflexe l'arrêt.

Dans la prochaine séance, M. Laborde, montrera les applications que l'on peut tirer de ces expériences.

L'académie se réunit en comité secret, afin d'entendre la ecture d'un rapport de M. Léon Le Fort sur les candidats u titre d'associé national. La liste de présentation est ainsi ixée : 1· M. Herrgott (de Nancy), 2· M. Bourguet (d'Aix-en-Provence), 3· *ex æquo* MM. Azam (de Bordeaux), Bouchacourt (de Lyon), Notta (de Lisieux) et Vedrènes, médecin nilitaire.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 juin 1890. — *Présidence de M.* Hermite

Nouvelles recherches sur le mode de formation des monstres omphalocéphales et sur la dualité primitive du cœur dans les embryons de l'embranchement des Vertébrés. Note de M. Dareste, présentée par M. de Quatrefages. — La production des monstres omphalocéphales est le résultat le plus curieux et assurément le plus inattendu de mes expériences tératogéniques. Dans ces monstres, la tête paraît sortir par l'orifice ombilical, et le cœur, tantôt simple et tantôt double, est situé sur la région dorsale de l'embryon, exactement comme la hotte sur le dos d'un portefaix.

Lorsque j'ai rencontré ces monstres pour la première fois, il y a vingt-huit ans, l'état de l'Embryogénie, à cette époque, ne me permettait pas de comprendre leur mode de formation, et spécialement le changement de position du cœur et sa situation au-dessus de la région dorsale.

Les recherches d'Embryogénie normale que j'ai faites à cette occasion m'ont conduit à découvrir, en 1866, le mode de formation du cœur par la conjugaison, sur la ligne médiane, de deux blastèmes primitivement distincts, et le mode de formation de la région antérieure du mésoderme, celle qui s'étend au-dessous et en avant de la tête, par deux prolongements antérieurs des lames latérales, prolongements d'abord séparés, mais qui viennent s'unir sur la ligne médiane. La connaissance de ces faits m'a donné l'explication de l'omphalocéphalie.

Dans cette monstruosité, la tête, qui occupe la partie moyenne du bord antérieur du mésoderme, s'infléchit de haut en bas et d'avant en arrière, et pénètre dans la cavité du jaune, le long de la gouttière abdominale. Elle est toujours plus ou moins arrêtée dans son développement.

Cette inflexion de la tête a pour résultat de maintenir l'écartement primitif des deux prolongements antérieurs des lames latérales du mésoderme. Or c'est à la partie inférieure de ces prolongements, des deux côtés de la tête, que se produisent les deux blastèmes cardiaques. Alors ces blastèmes se développent isolément, en produisant deux cœurs distincts, parfaitement reconnaissables par leurs battements.

Dans certains cas, les prolongements antérieurs des lames latérales du mésoderme continuent à s'accroître, malgré l'interposition de la tête, et viennent se réunir au-dessus d'elle, au lieu de se réunir au-dessous, comme dans l'état normal. Alors, les blastèmes cardiaques pourront s'unir et formeront un cœur unique, mais placé sur la région dorsale de l'embryon.

J'ai signalé ces faits dès 1877. Le nombre considérable de monstres omphalocéphales que j'ai pu soumettre à mes études m'a permis de suivre pas à pas les différentes phases de cette monstruosité. Or, dans ces derniers temps, les expériences de M. Warynski ont pleinement confirmé l'exactitude de la théorie que j'avais déduite de mes observations. Il a produit directement des monstres omphalocéphales, en abaissant dans le jaune la tête d'embryons très jeunes, à l'aide d'un petit scalpel à tranchant émoussé. Remis en incubation, ces embryons devenaient omphalocéphales.

M. Warynski suppose que la cause de l'omphalocéphalie est une pression exercée sur la tête de l'embryon par la coquille de l'œuf. Serait-ce la cause qui fait que l'omphalocéphalie n'existe que chez les Oiseaux, tandis qu'on ne l'a jamais rencontrée chez l'Homme et chez les Mammifères, dont l'embryon n'est entouré que de membranes molles et plus ou moins flexibles ?

Toutefois, cette explication de l'omphalocéphalie, tout exacte qu'elle était, restait insuffisante. En effet, dans l'état normal, le cœur, formé par la réunion des deux blastèmes cardiaques, est situé dans une cavité, la chambre cardiaque, cavité qui se produit dans l'épaisseur de la paroi antérieure du pharynx, par la séparation des deux feuillets, ectodermique et entodermique, qui la constituent. Comment se fait-il que le cœur unique ou les deux cœurs des omphalocéphales soient en dehors de la chambre cardiaque ?

Pendant longtemps, je n'ai pu répondre à cette question, parce que je m'efforçais de retrouver le pharynx et la chambre cardiaque dans ces monstres omphalocéphales. Mais, j'ai fini par reconnaître que le pharynx et la chambre cardiaque font défaut chez ces monstres, qui sont complètement privés de l'intestin antérieur. La tête, infléchie de haut en bas et d'avant en arrière, s'engage dans la gouttière abdominale, où elle est bordée latéralement par les deux replis des splanchnopleures, qui sont le point de départ du mésentère, et dont elle empêche l'union sur la ligne médiane. Cette union se produit au-delà de la tête, et ainsi se forme la paroi supérieure de l'intestin dans les régions moyenne et postérieure du corps.

Ainsi s'expliquent tous les faits de l'omphalocéphalie. Dans mes premières études sur cette monstruosité, j'avais cru pouvoir la considérer comme une hernie ombilicale de la tête. Cette désignation n'exprimait qu'une apparence, puisque l'absence de l'intestin antérieur entraîne nécessairement l'absence de l'ombilic.

L'omphalocéphalie se rattache, comme on vient de le voir, au mode de formation du cœur et à sa dualité primitive. Cette dualité, découverte par moi chez les Oiseaux, a été constatée dans l'embryon du Lapin par MM. Hensen et Kœlliker, et dans l'embryon de plusieurs poissons osseux par MM. Kupffer et Henneguy. Si on ne l'a pas découverte, jusqu'à présent, dans toutes les classes de l'embranchement

des animaux vertébrés, c'est que son existence n'a qu'une très courte durée et qu'il est fort difficile de rencontrer des embryons à ce moment précis de l'existence.

Action des produits solubles microbiens sur l'inflammation. Note de MM. Charrin et Gamaleia, présentée par M. Bouchard. — Il a été établi (Buchner, Bouchard) que l'intensité de la lésion locale due à un microbe est, le plus souvent, proportionnelle à la résistance de l'animal inoculé. On a en outre démontré que la richesse de cette lésion locale en leucocytes est habituellement, sauf les cas de vaccination absolue, en raison directe de cette résistance de l'animal. Dans le but d'expliquer la présence ou l'absence de ces leucocytes, suivant l'état d'immunité ou de réceptivité, des auteurs ont pensé que, dans le premier cas, les globules blancs étaient attirés par les sécrétions bactériennes, ou tout au moins accoutumés à leur action, action qui, dans le second cas, exerçait un effet de répulsion ou de paralysie.

La propriété qu'ont les produits solubles d'empêcher la sortie des leucocytes vient d'être mise hors de doute par des expériences de M. Bouchard (*Actions des produits sécrétés par les microbes pathogènes*. Hommage offert à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 23 mai 1890). Cet expérimentateur a en effet prouvé que, si l'on injecte certaines cultures stérilisées, on arrête la diapédèse. Les faits suivants viennent à l'appui de cette observation.

Si l'on frotte avec de l'huile de croton, suivant le procédé de Samuel, les oreilles des lapins, on voit, au bout de quatre heures, de la rougeur, du gonflement, et, au bout de huit heures, une exsudation très abondante, s'accompagnant parfois de la formation de phlyctènes. Mais si, après avoir fait subir aux animaux la même préparation à l'huile de croton, on a soin de leur injecter 4 à 6 fois dans les veines, de deux heures en deux heures, 5cc. à 8 cc. par kilogramme de culture pyocyanique stérilisée, aucun des phénomènes précédents n'a lieu ; les altérations ne surviennent que le lendemain, si, pour cause de toxicité, l'on cesse les injections. Il en résulte que les sécrétions d'agents pathogènes donnés peuvent agir sur l'inflammation dans son ensemble, empêcher la congestion et la transsudation plasmatique, comme aussi la diapédèse.

Les produits solubles agissent-ils directement sur les vaisseaux ou par l'intermédiaire des nerfs? Ce sont des questions que nous espérons éclaircir. Nous tâcherons également de savoir quelles sont les autres substances capables, à des degrés divers, de réaliser les mêmes effets.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 juin 1890. — Présidence de M. Nicaise.

Gastrotomie. — M. Monod lit un travail de M. Roux (de Brignoles) fils sur une opération de cette nature pratiquée pour un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage siégeant à 13 centimètres de l'origine de cet organe. Le malade mourut au bout de 2 jours de bronchopneumonie. Il portait une canule dans la trachée, M. Roux se demande si cette pneumonie n'a pas été produite par une cause semblable à celle que l'on a invoquée dans l'étranglement herniaire et a institué à cet effet des expériences sur les chiens qui lui ont montré que des traumatismes un peu violents sur la plaie opératoire de gastrostomie donnaient des accidents du côté du poumon.

M. Terrier trouve que M. Roux qui a mis 17 points de sutures a fait une incision trop grande à l'estomac, il fait pour sa part une ouverture aussi petite que possible suffisante seulement pour passer une sonde de caoutchouc rouge et a besoin de suturer d'abord les deux séreuses et ensuite la muqueuse de l'estomac à la peau. M. Terrier pense qu'il faut attribuer la bronchopneumonie qui a enlevé le malade de M. Roux à la présence d'une canule dans la trachée.

M. Berger a fait, comme certains chirurgiens et notamment Albert, la gastrostomie en deux temps et dans ce cas la suture de la muqueuse est évitée. Il pansa son malade avec de la craie préparée et son malade a vécu 2 mois. La sonde ne bouchant pas l'orifice stomacal quoi qu'il eût fait celui-ci le plus petit possible, il a voulu se servir des obturateurs recommandés par M. Terrillon, mais ils n'ont pas paru lui donner de bons résultats.

M. Routier dans ses deux dernières gastrotomies a suturé la muqueuse à la peau, sans s'occuper de la séreuse. Il a opéré une de ses malades in extremis, cas dans lesquels le procédé en deux temps est impraticable, un de ses malades a vécu 6 mois, l'autre 43 jours.

M. Reynier a pratiqué 3 gastrostomies et a eu beaucoup de peine à obturer l'ouverture. Il nourrit ses malades immédiatement à cause de l'état d'inanition dans lequel ils se trouvent.

M. Terrillon rappelle qu'il a fait sa première opération de gastrotomie en 1884, qu'il a fait la suture des séreuses et une ouverture suffisante seulement pour laisser passer une sonde n° 14, ce malade a vécu 18 mois sans accidents. Il croit que c'est le degré d'acidité du suc gastrique qui cause l'agrandissement de l'ouverture.

M. Terrier répond que la question de la petite ouverture appartient aux physiologistes, quant à l'acide chlorhydrique trop fort ou trop faible, on discute encore sur sa nature. M. Terrier déteste les opérations en deux temps et n'y voit dans l'espèce aucun avantage.

Plaies pénétrantes de l'abdomen. — M. Reclus croit le moment venu d'analyser les nouvelles observations et de chercher ce qu'elles ont apporté au point de vue de l'abstention systématique ou de la laparotomie.

Il cite quatre cas où l'abstention a donné trois succès, l'un de M. Lagrange (de Bordeaux), deux autres de M. Kapetalakis, et un quatrième de M. Labbé. Tous les malades étaient à jeun au moment du coup de feu. Chez tous c'étaient des balles de revolver, la plaie était manifestement pénétrante et il y a eu des symptômes de péritonite qui se sont éteints. Chez un cinquième malade, M. Reclus a eu un succès par l'abstention ; mais il s'agissait d'un coup de couteau.

Parmi les observations de laparotomie, il y a eu deux succès, l'un de M. Jalaguier, l'autre de M. Moty.

De plus si on consulte les statistiques américaines, on voit que l'abstention n'a donné dans le relevé des dix hôpitaux de New-York, que 25 0/0 de mortalité, tandis que la laparotomie arrive à 78 0/0. Ce sont là les chiffres du Dr Simpson qui a recueilli tous les faits de ce genre de 1875 à 1885, époque à laquelle la laparotomie fut employée pour tous les cas à New-York. Si maintenant on consulte un second tableau du même auteur où les chiffres de deux hôpitaux sont seulement considérés, on arrive à une même mortalité

de 76 0/0 par la laparatomie et l'abstention ; mais il faut dire que les deux hôpitaux choisis sont ceux dans lesquels la laparotomie s'est faite avec le plus de succès. En France, si on relève ces différents cas de laparotomie on arrive à une mortalité de 86 0/0, tandis que l'abstention donne au contraire des résultats beaucoup meilleurs.

On peut donc dire que cette pratique est la bonne sauf cependant les cas où la laparotomie ou la suture s'imposent.

1° Quand l'anse intestinale est au dehors et M. Reclus cite l'observation d'un homme sur lequel il a pu réintégrer dans l'abdomen 80 centimètres d'un intestin desséché, altéré, qui reprit sa vitalité sous l'influence d'un courant d'eau à 55°, le malade guérit ;

2° Quand il y a hémorrhagie ;

3° Quand il y a sonorité périhépatique, du tympanisme ou que des bulles de gaz sortent de la plaie ; ce qui montre que la communication n'est pas obstruée ;

4° Si l'exploration ramène des matières fécales ;

5° Quand le traumatisme est si violent qu'on doit craindre une grande plaie de l'intestin comme dans les cas où le blessé a reçu un coup de pied de cheval.

Enfin pour terminer, M. Reclus expose que ses idées se sont modifiées ; car autrefois, il recommandait la laparotomie, au moindre symptôme de début de péritonite et aujourd'hui, il est prouvé que des blessés atteints de péritonite peuvent guérir.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 juin. — Présidence de M. Dumontpallier

Du traitement de la pleurésie purulente. — M. Bucquoy. La question de la pleurésie purulente comporte deux aspects, l'un doctrinal, l'autre pratique. C'est de ce dernier seul que je veux m'occuper.

Le traitement de la pleurésie purulente a fait des progrès énormes depuis quelques années, surtout depuis l'antisepsie. L'opération de l'empyème qui donnait autrefois une mortalité de 80 0/0 ne cause plus aujourd'hui que 20 0/0 de décès ; mais ces chiffres n'expriment pas tous les progrès obtenus. Non seulement on meurt moins à la suite de l'opération, mais la guérison est plus rapide et plus complète. On traitait jadis la pleurésie purulente par une série de ponctions et l'on ne se décidait que tardivement à l'empyème, et quand celle-ci était faite, le malade conservait souvent une fistule pleurale. Aussi, pour remédier à ces suites fâcheuses, les chirurgiens avaient proposé des opérations graves, des résections costales qui sont devenues le plus souvent inutiles actuellement.

C'est à Hache que l'on doit surtout d'avoir appelé notre attention sur les procédés chirurgicaux antiseptiques qui permettent une guérison plus fréquente, plus complète et plus rapide. M. Debove, le premier, nous a apporté un fait de guérison rapide de pleurésie purulente à la suite de l'empyème, avec un seul lavage antiseptique. Ses préceptes adoptés par les auteurs allemands Wagner, Kœnig et Kocher, peuvent se formuler ainsi : 1° opération et pansement antiseptiques ; 2° incision dès que l'empyème est diagnostiqué, et incision large permettant l'écoulement facile du pus ; 3° un seul lavage à la suite, puis mise en place d'un drain qu'on retirera progressivement.

Dans les 17 cas rapportés par Hache et empruntés à la littérature allemande, au lieu de suppurations interminables, on avait obtenu la guérison en 38 jours en moyenne chez les adultes et en 33 jours chez les enfants.

Voici quatre observations de pleurésies purulentes traitées d'après ces principes, mais sans lavage, et guéries au moins aussi vite.

Mon premier malade, que j'ai soigné avec M. Ferrand, a eu une pneumonie et une pleurésie purulente métapneumonique. Je lui fis d'abord une ponction, puis comme le pus se reproduisit, je lui fis la thoracotomie antiseptique sous le spray, sans lavage, le 4 février. Le 10 avril il était absolument guéri.

Mon second malade était un jeune collégien que j'ai vu avec M. Gouraud, et qui eut également une pneumonie avec pleurésie purulente. Nous comptions faire d'abord une ponction, mais au jour fixé, le malade était asphyxiant, mourant, aussi nous décidâmes la thoracotomie immédiate, qui fut faite par M. Brun, sans l'emploi du spray. On ne fit pas de lavage et l'on mit un drain avec pansement antiseptique. L'opération fut faite le 10 mai ; le 27 mai le drain était rejeté de la plaie, le 4 juin la cicatrisation de la plaie était complète.

Un troisième malade avait une pleurésie purulente chronique. Je l'avais eu d'abord à l'Hôtel-Dieu pour une pleurésie dont il avait paru guérir. Mais juste un an après, il revenait avec une pleurésie du même côté. Je retirai par ponction un liquide purulent qui, examiné par M. Netter, ne contenait pas de microbes, mais simplement des globules de pus vieux et flétris. Une seconde ponction produisit un phénomène que j'ai déjà observé ; le malade eut un léger pneumothorax par le mécanisme suivant : l'aspiration, faisant le vide dans la plèvre, avait fait dégager du liquide purulent quelques bulles de gaz qui s'étaient réunies à la partie supérieure. Ce fait prouvait que le poumon revenait difficilement sur lui-même et que l'aspiration n'avait pu le déplisser. L'empyème fut fait par mon interne, M. Bezançon, qui mit un drain et ne fit pas de lavage. Au bout de six semaines, le drain était chassé de la plaie, et le malade, opéré le 25 janvier, sortait de l'hôpital le 12 avril.

Enfin, mon quatrième malade fut pris, au cours de la dernière épidémie de grippe, d'une éruption scarlatiniforme intense et d'une pleurésie à marche très rapide. On dut le ponctionner au 3e jour, on enleva 1,800 gr. de pus ; trois jours après, le liquide s'était reproduit. M. Netter, fit la 2e ponction avec M. Villemin, mon interne. Le pus contenait des streptocoques et des staphylocoques. Le liquide se reproduisant une troisième fois, mon interne, M. Raoult, fit l'empyème comme dans les cas précédents, sans lavage. Il sortit quatre litres de pus. Les suites furent moins favorables que dans les cas précédents, le malade eut de la diphtérie de la plaie, une otite suppurée, de la diarrhée, du muguet et des accidents généraux assez graves. Malgré cela, opéré le 6 février, il était très amélioré le 25, mais à ce moment il y eut une rétention, puis une débâcle du pus à la suite de laquelle la guérison fut assez rapide. Il est sorti le 1er mai après avoir fait pendant un mois un service d'infirmier dans la salle.

Tous ces malades ont guéri en un mois environ, grâce aux pansements et aux précautions antiseptiques et sans lavage.

L'action microbicide du lavage me paraît peu prouvée,

car il est impossible de détruire tous les microorganismes qui infiltrent les fausses membranes et les tissus sous-jacents. Ce lavage peut avoir en outre l'inconvénient de refouler le poumon, de distendre la plèvre, de décoller les adhérences, sans compter l'intoxication qu'il peut produire, suivant la nature du liquide antiseptique employé, ainsi que les accès épileptiformes, les syncopes, etc., qu'on a signalés. Il me semble donc ordinairement inutile et il peut être dangereux. A plus forte raison, je crois les lavages multiples et répétés défavorables.

Les préceptes à formuler sont donc les suivants: opérer d'une façon précoce, sans cela il se produit des coques fibreuses épaisses qui se cicatricent difficilement. — Faire l'opération d'après les règles de l'antisepsie, et appliquer un pansement antiseptique ; introduire un drain volumineux permettant un écoulement facile, et le laver fréquemment pour éviter qu'il se bouche. La guérison est souvent très rapide, le pus devient séreux, diminue de quantité ; un beau jour, le drain est tombé dans le pansement, on ne peut plus le remettre en place et trois jours après la plaie est cicatrisée.

M. Netter voudrait faire quelques réserves et interpréter les faits. M. Bucquoy pense que les lavages sont inutiles, je crois que non. Ils ont un rôle microbicide très certain à condition d'employer un antiseptique puissant comme le sublimé injecté en grandes quantités de façon à ce qu'il soit mis en contact avec toutes les parties de la poche purulente.

Interprétons maintenant les faits dont il vient d'être question.

Les deux premiers malades ont eu des pleurésies métapneumoniques, c'est-à-dire contenant des pneumocoques très certainement. Or ces pleurésies purulentes guérissent facilement même sans lavage. Dans ces cas j'aurais agi comme M. Bucquoy.

La troisième observation est très intéressante. N'ayant pas trouvé de microbes, j'avais pensé que ce malade était tuberculeux, je suis très heureux d'apprendre qu'il a guéri. Peut-être s'agissait-il d'un de ces cas décrits par Sainton dans sa thèse sur une variété latente et bénigme d'empyème et déjà signalés par Guéneau de Mussy. Mais il pouvait également être tuberculeux car il y a des pleurésies tuberculeuses qui guérissent, comme j'en ai rapporté un cas.

Enfin, le 4e malade avait des streptocoques dans son pus, et il a eu des accidents de généralisation: diarrhée ; otite. Il a guéri sans lavage, mais il n'a pas guéri aussi rapidement que les autres, il a eu de la rétention purulente. Je crois qu'avec un lavage on l'aurait mis à l'abri de ces accidents. Sans doute les pleurésies à streptocoques peuvent guérir facilement, mais comme elles peuvent aussi être graves, je crois plus prudent de faire un lavage immédiat et unique qui ne retarde nullement la guérison.

M. Laveran, comme M. Bucquoy, croit les lavages multiples nuisibles, mais comme M. Netter, il croit un lavage unique et immédiat très avantageux.

M. Comby. Les deux premières observations de M. Bucquoy étaient des pleurésies à pneumocoques, et, ces observations tendraient à prouver que ces pleurésies ne sont pas aussi bénignes qu'on l'a dit, puisqu'elles n'ont pas guéri par des ponctions simples et qu'il a fallu faire la thoracotomie.

Les lavages multiples ne sont peut-être pas aussi nuisibles qu'on paraît le dire aujourd'hui. Si un opéré a des accidents fébriles, il faut lui faire un lavage. J'ai ainsi guéri des malades, les uns avec sept ou huit lavages, les autres avec quinze ou vingt, et cela d'une façon assez rapide.

M. Juhel-Rénoy. Les lavages ont certainement une action avantageuse. Les injections intra-pleurales, même sans thoracotomie, amènent des guérisons très rapides en 10 ou 11 jours en cas de pleurésie à pneumocoques.

M. Bucquoy. M. Netter nous a dit, dans un travail antérieur, que dans les pleurésies à streptocoques, ces organismes infiltraient les fausses membranes, c'est pour cela qu'il recommande ces injections d'antiseptiques énergiques, puissants. Il me paraît bien difficile qu'un seul lavage puisse détruire tous ces organismes. En tout cas, je vous apporte des faits où la guérison a été obtenue sans lavages, et je vous dis: « ne faites pas systématiquement le lavage, attendez les indications telles que fièvre, rétention, persistance de la fistule »

M. Chantemesse, ne visant que la thérapeutique des pleurésies purulentes pour lesquelles la résection costale est inutile, croit qu'après l'ouverture du thorax il faut, le pus évacué, pratiquer un grand lavage antiseptique de la plèvre. Ce lavage doit être fait avec une grande quantité de liquide antiseptique. Si on a employé le sublimé à la dose de 1 pour 2000, il faut injecter doucement ce liquide à la température de 37° ou 38°, et le lavage antiseptique terminé, il faut encore faire circuler dans la plèvre de l'eau pure bouillie *salée* pour dissoudre et entraîner la quantité de la solution au sublimé restée dans la plèvre. On a ainsi un pansement antiseptique local sans crainte de résorption et d'intoxication hydrargyrique.

M. Bucquoy. Si le liquide s'accumule, c'est que le tube est bouché, il suffit de laver pour éviter la rétention purulente.

Je demanderai simplement qu'on m'apporte des faits de pleurésies purulentes guéries par un lavage plus rapidement que les miennes, et si on me démontre en effet qu'on a des guérisons plus rapides, je n'hésiterai pas à faire moi-même ce lavage immédiat.

M. Netter. M. Bucquoy paraît redouter les lavages, à cause des accidents qu'ils pourraient produire (hémorrhagies, syncopes, accès épileptiformes). Or, ces accidents ne se produisent que si l'on fait dans la plèvre une injection sous pression. Dans mes lavages, je me sers d'un simple irrigateur qui n'est pas capable de produire une forte pression. Le liquide ainsi injecté refoule sans doute le poumon, mais certainement pas autant que le faisait l'épanchement. Quant à la cicatrisation, elle se fait bien plus facilement puisque le lavage a entraîné des fausses membranes incapables de s'organiser. Quant aux lavages ultérieurs, il ne faut pas poser de règle absolue. En général, ils ne sont pas nécessaires, mais si parfois on constate qu'ils peuvent rendre des services, il faut y recourir avec quelques précautions, pour ne pas rompre des adhérences déjà formées

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIIe ARRONDISSEMENT

Séance du 22 avril 1890. — *Présidence de* M. Berger

La correspondance comprend une lettre d'excuse de M. Leroux.

M Berrut fait une communication intitulée : « Rétrover-

sion de l'utérus gravide irréductible. — Légitimité de la provocation de l'avortement. — La femme et les lois de l'Eglise. »

M. Le Bec a entendu avec intérêt, la communication de M. Berrut, mais il demande que cette communication ne soit pas « discutée », attendu que des questions religieuses y sont soulevées et que les statuts de la Société médicale du VII[e] arrondissement interdisent toute discussion politique ou religieuse.

M. Berrut proteste contre l'interprétation donnée aux statuts et pense que des médecins réunis en Société médicale peuvent bien discuter des questions qui ont trait à la chirurgie plus qu'à la religion.

M. le Président lit l'article 11 des statuts. Il est ainsi conçu : « Toute discussion politique ou religieuse est absolument interdite. » Le règlement lui semble formel : des travaux de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique peuvent être « lus » à la Société, même s'ils touchent à des questions politiques ou religieuses, mais ces travaux ne sauraient être mis en discussion.

M. Berrut proteste.

M. Tolédano rappelle que l'année dernière, M. Philbert a proposé à la Société d'adhérer à la constitution d'un conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement qui était sur le point de se former et qui devait se composer des présidents et secrétaires généraux des différentes sociétés locales. Notre Société avait ajourné sa décision jusqu'au moment où ce conseil aurait fonctionné et aurait réalisé les promesses que les fondateurs en attendaient. Aujourd'hui le Conseil général est constitué. Il fonctionne depuis près d'un an et il a étudié des questions très importantes, notamment celles relatives à l'exercice illégal de la médecine et aux différents projets de loi sur l'exercice de la médecine soumis actuellement à la Chambre des députés.

M. Tolédano conclut que le moment est venu pour la Société de se joindre à toutes les autres en envoyant son adhésion au Conseil général qui vient de se fonder.

Sur la proposition de M. le Président, la Société charge M. Tolédano de faire un rapport sur l'organisation et le fonctionnement de ce Conseil.

La séance est levée à 10 heures.

DE CRESANTIGNES.

MEMENTO PRATIQUE

Baume du Pérou dans les affections du larynx et du poumon. — La *Gazette des sciences médicales de Bordeaux* indique, d'après le *Progresso medico*, un certain nombre de formules usitées par le professeur Schnitzler. Celui-ci a expérimenté le baume du Pérou dans diverses affections du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, ainsi que dans les affections de la bouche, du nez et de la cavité naso-pharyngienne.

Les résultats sont satisfaisants.

Il emploie le baume soit en pulvérisation, soit en insufflation, soit en badigeonnage, en pastilles ou en capsules.

Il préconise les pulvérisations de baume du Pérou surtout dans les affections catarrhales, chroniques ou aiguës de la membrane muqueuse de la bouche, du pharynx, du larynx et de la trachée.

La formule de la pulvérisation est la suivante :

Baume du Pérou	0 gr. 25 centigrammes.
Emulsion	250 grammes.
Chlorate de potasse.	5 —
Eau de laurier-cerise. . . .	5 —
Essence de menthe poivrée .	V gouttes.

Le professeur Schnitzler se sert encore de la formule suivante :

Baume du Pérou	0 gr. 25 centigrammes.
Emulsion	250 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne . .	0 gr. 05 centigrammes.
Benzoate de soude. . . . . }	
Eau de laurier-cerise. . . . }	ââ 5 grammes.
Essence de menthe	V gouttes.

Le baume du Pérou aurait le grand avantage de ne pas avoir la saveur désagréable de l'acide phénique, de la créosote ou de la créoline.

On peut encore insuffler la préparation suivante :

1.	Baume du Pérou.	2 grammes.
	Alun pulvérisé	10 —
	Sucre de lait	10 —
2.	Baume du Pérou.	2 —
	Sous-nitrate de bismuth.	10 —
	Sucre de lait	10 —

Les badigeonnages se font avec :

Chlorhydrate de cocaïne . .	0 gr. 50 centigrammes.
Baume du Pérou	10 grammes.
Alcool.	10 —
Eau de menthe.	V gouttes.

Schnitzler a expérimenté les pilules dans la tuberculose pulmonaire, le baume du Pérou agissant comme antiseptique, légèrement stimulant, accélérant la prolifération des cellules et la cicatrisation.

Pour pilules :

Baume du Pérou	10 grammes.
Excipient. . . . . }	
Poudre de racine d'altéa. }	ââ 6 —

Pour 100 pilules : de 2 à 5 le matin.

Capsule de gélatine :

Baume du Pérou.	0 gr. 10 centigrammes.
Huile de foie de morue . . .	1 gramme.
Gélatine	2 —

Les pastilles se préparent de la façon suivante :

Baume du Pérou	2 grammes.
Phosphate de chaux . . }	
Bicarbonate de soude . }	ââ 10 —

20 pastilles : de 2 à 6 chaque matin.

Il faut examiner attentivement les urines à la suite

de l'administration de ce médicament, car quelquefois on peut rencontrer des cas de néphrite, comme en a observé Litten.

Traitement abortif de la blennorrhagie. — M. le docteur Malécot préconise le traitement abortif de la blennorrhagie dans un travail analysé par *les Annales des maladies des organes génito-urinaires*. M. Malécot fonde son procédé : 1° sur l'emploi répété de solutions faibles de nitrate d'argent mises en contact avec tout l'urèthre antérieur, au moyen de la sonde à instillation; 2° sur l'application pratique des procédés antiseptiques. Il procède de la façon suivante : on fait d'abord uriner le malade, puis son canal est lavé avec une solution faible d'acide borique. Ce lavage est suivi d'une injection de tout le contenu de la seringue à instillation, remplie le premier jour d'une solution de nitrate d'argent au 50e et les jours suivants au 100e et même au 150e. Cette instillation est faite au moyen de la bougie à boule portée jusqu'au cul-de-sac du bulbe. Le méat étant fermé par la pression du gland entre le pouce et l'index de la main gauche, on laisse la solution en contact avec l'urèthre antérieur ainsi baigné dans toute son étendue pendant une durée moyenne de deux à trois minutes. En même temps que ces injections argentiques, M. Malécot prescrit au malade des lavages de l'urèthre avec une solution antiseptique. Ces lavages se font avec la seringue ordinaire et à canal ouvert. Comme liquides, le permanganate de potasse est légèrement douloureux et a le grand inconvénient de tacher le linge. La résorcine, qui n'est point douloureuse, s'altère rapidement et doit être conservée à l'abri de la lumière dans un flacon noir hermétiquement fermé. Le sublimé est très actif, mais douloureux si on ne se sert point d'une solution au 1/10000 ou mieux au 1/20000.

M. Malécot a obtenu d'excellents résultats avec le salicylate de mercure employé à la dose de 0,05 centig. pour 100 grammes et à une température de 30 à 40°; c'est un antiseptique puissant et qui a le grand avantage de ne point provoquer de douleur.

On doit exiger une antisepsie aussi rigoureuse que possible du prépuce et du gland; lavages fréquents de ces parties avec la solution boriquée, tampon de coton antiseptique sur le prépuce, au devant du méat. Enfin, à l'intérieur, le santal à la dose de six ou huit capsules par jour ou le salol à la dose de 6 grammes. On peut ainsi obtenir l'avortement de la blennorrhagie, alors même que l'écoulement bien établi remonte à trois ou quatre jours. On ne doit renoncer à cette médication que s'il existe des symptômes de violente inflammation; mais dès que la détente se produit, on doit la recommencer. M. Malécot ajoute qu'il n'y a rien de surprenant à ce que les spécialistes des affections génito-urinaires appliquent à l'urèthre la méthode qui a si bien réussi aux ophtalmologistes pour combattre les inflammations virulentes de l'œil et on doit considérer comme absolument surannée la théorie qui laisse de parti pris l'urèthre suppurer pendant des semaines avant d'essayer toute intervention.

Traitement de la maladie de Bright : *I. Régime classique.* — Les prescriptions climatériques consistent à éviter l'humidité et les brusques changements de température.

Comme prescriptions diététiques, éviter les mets épicés ou irritants, supprimer les œufs, suivre le régime lacté intégral ou mixte, proscrire le vin, l'eau-de-vie, les liqueurs et même la bière.

II. Régime de Sénator. — Il consiste à autoriser les viandes blanches et la viande de porc; à défendre les viandes rouges et à conseiller les aliments féculents et herbacés, les fruits, les graisses et le lait. Sénator permet pour boisson l'usage du vin coupé d'eau.

III. Régime de Semmola. — Il consiste dans l'observation des prescriptions précédentes et à faire prendre dans les vingt-quatre heures, la solution ainsi formulée :

Iodure de potassium.....	1	gramme
Phosphate de soude.....	2	—
Chlorure de sodium... 5 à	6	—
Eau.....	1.000	—

IV. *Régime de Bamberger.* — Il peut se formuler ainsi : compléter l'alimentation lactée par l'usage des toniques et des ferrugineux. L'auteur recommande les préparations suivantes :

1° Pilules de perchlorure de fer. — Ces pilules sont administrées à la dose de trois à six par jour en deux ou trois prises. Elles contiennent chacune :

Perchlorure de fer.....	2 centigr.
Menyanthe pulvérisée.....	5 —
Extrait de gentiane.....	q. s.

2° Pilules de sulfate de fer. D'après Wiethe :

Sulfate de fer.....	ââ 5 gr.
Bicarbonate de soude.	
Extrait de pissenlit...	q. s.

Pour soixante pilules. Six par jour, trois le matin et trois le soir.

3° Potion à l'écorce de quinquina :

Ecorce de quinquina gris concassé 20 gr. que l'on fait infuser pendant une demi-heure dans :

Eau bouillante.....	200 gr.
et que l'on édulcore avec :	
Sirop d'écorces d'oranges amères...	20 gr.

D'après Wiethe, cette potion s'administre à raison d'une cuillerée à bouche de deux en deux heures. (*Rev. de clin. et de thérap.*)

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 7 juin 1890, M. le docteur Millet-Lacombe, membre du Conseil général de la Dordogne, a été nommé chevalier de Légion d'honneur.

Distinctions universitaires. — Officiers d'académie. — M. le Dr Angeard, de Mareuil (Vendée), vient de recevoir les palmes académiques lors du voyage de M. le ministre de l'agriculture et du commerce à la Roche-sur-Yon. M. le Dr Ravin (d'Amiens), est également nommé officier d'académie.

Mérite agricole. — M. le ministre de l'agriculture et du commerce, pendant le voyage qu'il a fait dimanche dernier à la Roche-sur-Yon, a décerné la décoration du mérite agricole à M. le Dr Dodin, de Challans (Vendée).

Faculté de médecine de Paris. Un concours pour un emploi vacant de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira le lundi 7 juillet 1890, à neuf heures du matin. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Thèses soutenues pendant les mois d'avril et mai 1890.

M. Condé : Contribution à l'étude du traitement des plaies de la main par écrasement (pansement ouaté mixte — Conservation ; — *M. Titi* : Des névrites périphériques expérimentalement provoquées par le contact de différentes substances avec les nerfs vivants ; — M. *Dupin* : Des complications de la grippe ; — *M. Levrier* : Contribution à l'étude de l'eczéma des ongles ; — *M. Coulom* : Contribution à l'étude de l'hémato-salpinx ; — *M. Archambault* : De la dermatose de Kaposi (Xeroderma pigmentosum).

École de médecine de Tours. — Par arrêté ministériel, en date du 23 mai 1890, un concours s'ouvrira le 1er décembre 1890, à l'Ecole de médecine de Tours, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques de ladite École.

Aptitude physique au service militaire. — Une instruction ministérielle du 17 mars 1890 sur l'aptitude physique au service militaire remplace celle du 27 février 1877. Voici quelques-unes des modifications les plus importantes qu'elle renferme :

Service actif. — *Art.* 85. — *Acuité visuelle et champ visuel.*

Tout vice ou toute lésion des organes de la vision qui réduit *l'acuité visuelle à distance* au dessous de 1/2 pour l'un des yeux et 1/10 pour l'autre œil, ou qui rétrécit le champ visuel binoculaire du côté des tempes de plus de la moitié, entraîne *l'exemption*, à moins que ce vice ou cette lésion ne puissent être corrigés par des verres. La *réforme* sera prononcée dans les mêmes conditions si la diminution de l'acuité et *du champ visuel* est due à une maladie incurable.

Art. 86. — *Myopie.*

La *myopie* entraîne l'*exemption* et la *réforme* : 1° quand elle est supérieure à 4 dioptries ; 2° quand *l'acuité visuelle* n'est pas ramenée par des verres correcteurs au moins à 1/2 pour un œil et 1/10 pour l'autre ; 3° quand les altérations de la *choroïde* sont assez profondes et assez étendues pour indiquer une *myopie progressive* ; 4° enfin, quand il existe une *asthénopie musculaire* prononcée ou un *strabisme* divergent accompagnés d'une diminution de l'acuité visuelle dans les limites précitées.

Art. 87. — *Hypermétropie astigmatisme, et anisométropie.*

L'*hypermétropie*, l'*astigmatisme* et *l'anisométropie* entraînent l'*exemption* et la *réforme*, lorqu'elles déterminent un abaissement de *l'acuité visuelle à distance* au-dessous des limites fixées pour chacun des yeux. La kératoscopie permet d'apprécier rapidement ces états amétropiques et dirige les vérifications optométriques.

Écoles militaires. — En s'engageant, conformément au titre II du décret du 28 septembre 1889, les jeunes gens reçus aux Écoles militaires, à l'exception de l'École spéciale militaire, de l'École militaire d'infanterie et de l'École d'application de cavalerie, ainsi que ceux reçus aux Écoles mentionnées dans l'article 28 de la loi sur le recrutement, peuvent être admis dans l'armée avec une tolérance pour la myopie jusqu'à 7 dioptries, à la condition que les lunettes qu'ils portent habituellement ramènent au moins à 1/2 l'acuité visuelle à distance pour l'un des yeux, et à 1/10 pour l'autre.

En aucun cas, l'engagé entré dans l'armée à la faveur des tolérances ne sera admis à faire valoir ultérieurement les défectuosités de la vision pour obtenir une réforme, à moins qu'il ne soit dûment constaté qu'il a cessé d'être dans la limite de ces tolérances.

Les candidats à l'école spéciale militaire, à l'école militaire d'infanterie et à l'école d'application de cavalerie doivent présenter les conditions de vue, telles qu'elles sont définies pour les hommes de troupe, *mais sous la réserve absolue que l'acuité visuelle pourra être ramenée à la normale par l'usage des verres au moins pour l'un des deux yeux.*

Service auxilliaire. — Sont compatibles avec le service auxiliaire :

1° Les opacités de la cornée, les exsudats de la pupille et toute cause de la diminution de l'acuité visuelle entre 1/2 et 1/4 de l'un des deux yeux, à la condition que l'acuité de l'autre œil ne soit pas inférieure à 1/10 ;

2° La myopie de 4 à 7 dioptries, à condition que l'acuité soit ramenée par des verres correcteurs au moins à 1/2 pour l'un des deux yeux et qu'il n'y ait pas de lésion choroïdienne étendue ;

3° L'hypermétropie, l'astigmatisme et l'anisométropie jusqu'à quatre dioptries, à condition que l'acuité soit ramenée à 1/2 par les verres correcteurs pour l'un des deux yeux.

École du service de santé militaire de Lyon. — Par modification à la décision ministérielle du 8 janvier dernier, le prix du trousseau des élèves qui seront admis cette année à l'école du service de santé militaire de Lyon a été fixé, par décision ministérielle du 31 mai 90, à 967 fr. 30, pour les élèves à quatre inscriptions et à 853 fr. 44, pour les élèves à huit inscriptions.

Bureaux de bienfaisance. — Par arrêté ministériel du 21 mai, M. le Dr Perrin (Charles-Antoine) est nommé médecin honoraire du bureau de bienfaisance du 20e arrondissement de Paris.

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Quinquaud commencera mercredi prochain à l'hôpital Saint-Louis, des leçons sur les maladies contagieuses du cuir chevelu.

Médecins sénateurs et députés. — Les médecins faisant partie des deux Chambres vont, sinon se grouper, au moins établir entre eux des communications fréquentes, en vue de s'entendre sur les divers projets intéressant l'exercice de la médecine dont le Parlement est saisi. Ils vont inaugurer cette série de rapports par un banquet qui aura lieu dans quelques jours.

Disons à ce propos qu'il y a 48 députés et 32 sénateurs exerçant ou ayant exercé la médecine, soit en tout 80 membres du Parlement.

Les étudiants étrangers à Paris. — Voici quelques chiffres se rapportant à la dernière année scolaire, mais ne différant que très peu de ceux l'année courante :

Allemands, 19 ; Anglais et Écossais, 154; Américains du Nord, 53; Centre et Sud-Amérique, 16 ; Autrichiens, 18 ; Belgique, Luxembourg et Hollande, 24 ; Canada, 2 ; Chine et Japon, 10.

Egypte, 27 ; Espagne et Portugal, 62 ; Grecs, Roumains, Turcs, Serbes et Bulgares, 316; Haïti, 4 ; Italiens, 17; Maurice, 4; Russes et Polonais, 296 ; Suède, Morvège, Danemark, 6 ; Suisse, 48 ; Syrie, Perse, Australie, 4.

La répartition de ces 1,071 étudiants étrangers se fait de la façon suivante entre nos six grandes écoles.

Faculté de théologie.....	1
— de droit.....	182
— de médecine.....	729
— des sciences.....	60
— des lettres.....	23
Ecole supérieure de pharmacie.....	23
	1.071

Conseils à l'usage des médecins qui écrivent. — L'illisibilité de l'écriture médicale est un fait qui n'a plus besoin de démonstration et que Gondinet a consacré dans une des plus amusantes comédies du Palais-Royal. Il paraît que c'est un caractère propre à l'espèce et qu'au point de vue *kakigraphique* les médecins américains peuvent lutter avantageusement avec leurs confrères du vieux monde. C'est du moins ce qui ressort des commentaires que *The American Lancet* publie sur ce sujet. « Si nous parlions dit le journal américain, aussi mal que nous écrivons, notre conversation semblerait du grec à qui nous écouterait parler. »

A ce propos, *The American Lancet* donne à ses confrères en écriture médicale, des conseils pratiques, que beaucoup de nos compatriotes ne liront sans doute pas sans profit, nous parlons surtout de ceux qui ont occasion de transformer leurs écrits en pages imprimées et d'exercer la patience des compositeurs-typographes.

Voici quelques-uns de ces conseils :

Paginer avec soin le manuscrit avant de le donner à l'imprimerie, un même article étant partagé pour la composition entre plusieurs ouvriers.

Eviter les fioritures calligraphiques qui rendent souvent une lettre ou un mot indéchiffrable. Les imprimeurs n'ont pas le temps de s'extasier sur vos effets de plume.

Règle générale, éviter les abréviations. Si on en fait usage, qu'elles soient écrites comme l'auteur désire qu'elles soient imprimées.

Quand on fait une addition à une page du manuscrit, ne pas la faire au dos de la page ; cela est contraire à la règle bien connue mais souvent oubliée, « de n'écrire que d'un côté de la feuille ». Il faut couper les pages et coller à la suite le passage ajouté.

Eviter un excès de ponctuation. Le défaut ici est préférable à l'excès, et cause moins de perplexité au compositeur.

En corrigeant les épreuves, si on efface un mot, tâcher de le remplacer par un autre de même longueur dans la même phrase et, si possible, dans la même ligne. De même si on ajoute une phrase ou un mot, faire en sorte de supprimer une phrase ou un mot équivalent, à peu près à la place que doit occuper le nouveau texte.

Paragrapher le manuscrit comme on désire qu'il le soit en imprimé.

Finalement, avant d'envoyer un article à l'impression, lui donner exactement la forme qu'on veut lui voir revêtir aux yeux du lecteur.

Avec ces quelques recommandations, on évitera beaucoup de tracas et de temps perdu aussi bien à l'auteur qu'à l'éditeur et à l'imprimeur, sans compter les frais inutiles qui résultent souvent de la négligence de ces règles bien simples.

Récompenses honorifiques. — Par l'arrêté ministériel, en date du 2 juin 1890, une médaille d'honneur en bronze a été décernée à M. le Dr Rondet, médecin correspondant du service des épidémies à Neuville-sur-Saône (Rhône), pour l'intelligence et le dévouement avec lesquels il a combattu, à l'aide des mesures d'hygiène et d'assainissement appropriées, deux épidémies de fièvres typhoïde qui se sont produites dans cette ville en 1885 et 1889.

Nécrologie. — Le Dr Liebermann, médecin principal de 1re classe en retraite, officier de la Légion d'honneur, membre de la Société médicale des hôpitaux, décédé à Boulogne-sur-Mer, à l'âge de 56 ans, à la suite d'accidents diabétiques et cérébraux. — M. Lebouvier, médecin à Saint-Laurent-des-Autels (Maine-et-Loire), reçu en 1837. — M. le Dr Mouronval (E.), d'Avesnes (Nord), reçu en 1872.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel du candidat aux divers grades et emplois de médecins et de pharmaciens dans la réserve et dans l'armée territoriale, par le Dr P. Bouloumié, officier de la Légion d'honneur. — Un volume in-18 de 600 pages avec gravures et plans. Prix : 5 francs.

Formulaire Aide-Mémoire de la Faculté de médecine et des médecins des hôpitaux de Paris. — Un volume in-18 de 320 pages. — Prix : 3 francs cartonné. — Georges Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Manuel du doctorat en médecine. Aide-Mémoire d'anatomie à l'amphithéâtre, dissection, technique microscopique, arthrologie, myologie, angéiologie, névrologie et découvertes anatomiques pour la préparation du deuxième examen, par le professeur Paul Lefort. 1 volume in-18, 284 p. cartonné. Prix : 3 francs. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 16, rue Hautefeuille.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER. 1 cuillerée à café au repas

LIQUEUR DE LAPRADE à l'albuminate de fer. le plus assimilable des ferrugineux, spécifique des troubles de la menstruation, etc

MAGNÉSIE ROY, sel de magnésie alcalin soluble.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.